

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Educateur :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothésiste :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 057661

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1681 Société : 5325A
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BARTOUSSI Mohamed
Date de naissance : 17/11/1951
Adresse : Hôpital
Tél. :
Total des frais engagés : 1250,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 14/12/2020
Nom et prénom du malade : BARTOUSSI, HAMZA Age: 26
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 14/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/12/20			25015	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/12/20	Pentacam	1000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

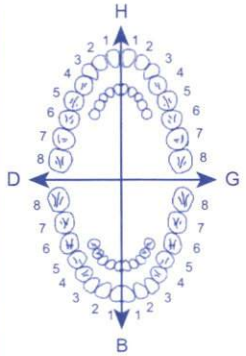
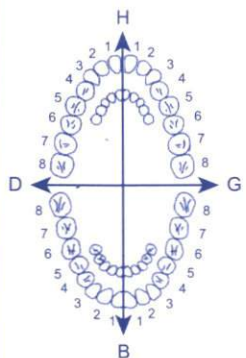
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

F A C T U R E

N° 4 042 / 2020 du 19/12/2020

Nom patient	BARTOUSSI HAMZA	Entrée 19/12/2020	Sortie 19/12/2020
Prise en charge	PAYANT		

<i>PENTACAM</i>				
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PENTACAM	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total Frais Clinique				1 000,00

		Total général	1 000,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			
MILLE DIRHAMS			

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 000,00				1 000,00	0,00


CLINIQUE STENDHAL
 18 Avenue Stendhal, SC
 Casablanca
 Tél : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51



Dr.El Alaoui Ben Hachem Bahija

Lauréate de la Faculté de Médecine de Montpellier

Maladie et Chirurgie des yeux-Angiographie

Laser-Strabisme-Lentilles de contact-OCT

Medcin Agréée - Permis de conduire



الدكتورة العلوي بن هاشم بهيجة

خريجة كلية الطب بمونبيلي (فرنسا)

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون - أشعة الليزر

معمتدة للحصول على رخصة السياقة

Casablanca, le.....

14-12-2020

9 - BARTOISSI,
HAMZA

Topographie

CLINIQUE STENDHAL
18, Avenue Stendhal, SC
Casablanca

Tel. : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 15 91

DR EL ALAOUI Bahija
OPHTALMOLOGUE
105, Bd. Afghanistan
Hay Hassani Casablanca
Tél 05 22 93 32 66

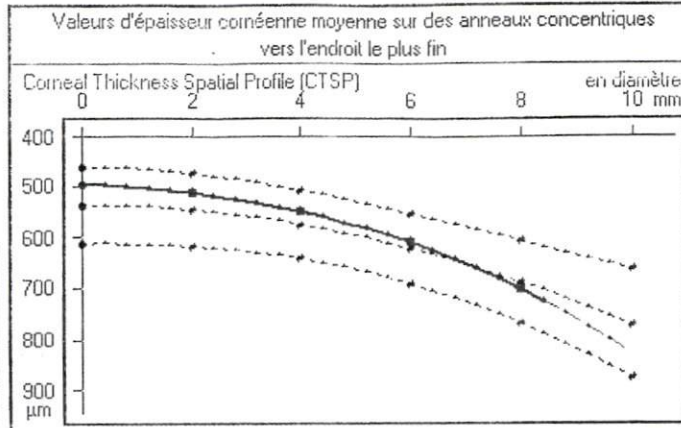
OCULUS - PENTACAM Réfractive

1.21/59

Nom: **BARTOUSSI**
 Prénom: **Hamza**
 N° ID: **PT201215115628**
 Né(e) le: **11/27/1994** Oeil: **droit**
 Examen du: **12/19/2020** Heure: **10:37:53**

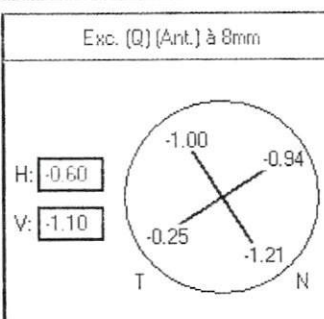
R_p: **8.06 mm** K1: **41.9 Dpt** Axe: **33.4°**
 R_c: **7.66 mm** K2: **44.0 Dpt** Axe: **123.4°**
 R_m: **7.86 mm** K_m: **42.9 Dpt** Astig: **2.2 Dpt**
 QS: **OK** Q: **(8mm) -0.85** R_{péri}: **8.67 mm** R_{min}: **7.48 mm**

Centre pup. + **501 µm** x[mm]: **-0.37** y[mm]: **+0.08**
 Pachy. min. **○** **497 µm** x[mm]: **-0.89** y[mm]: **-0.41**
 Prof. C.A. (Endo.): **3.10 mm** Dia. pup.: **3.07 mm**
 Angle I.C.: **37.5°** Ep. cristal:



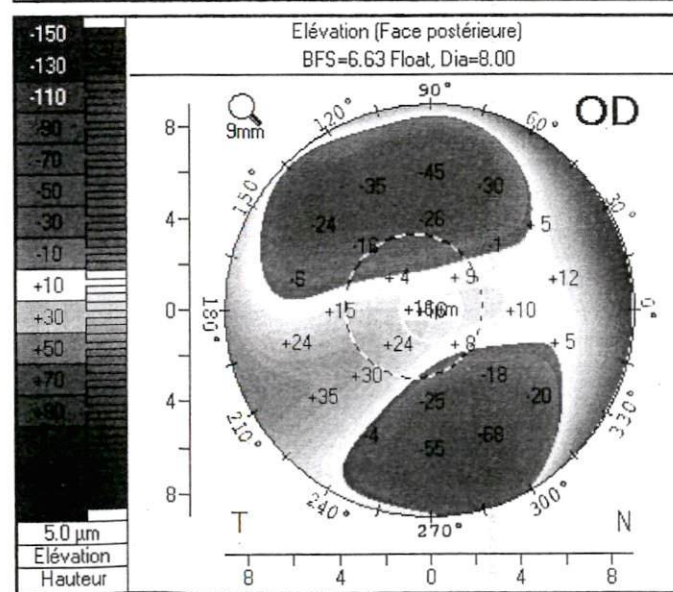
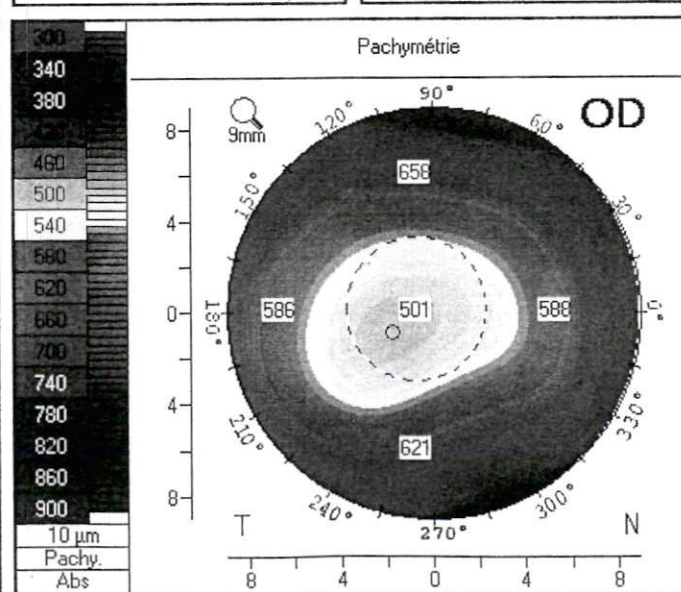
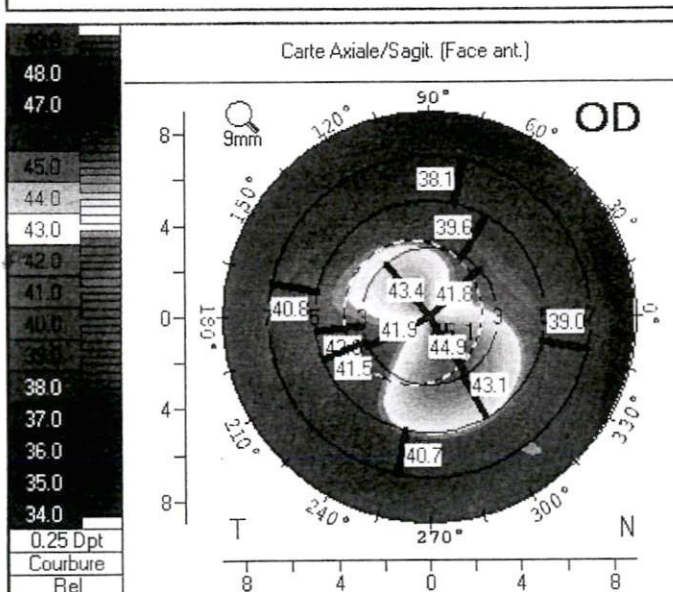
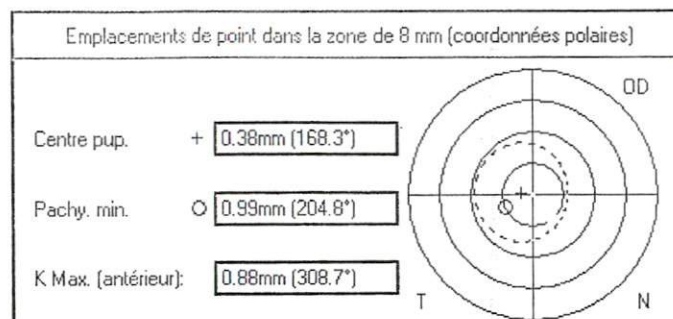
Indices

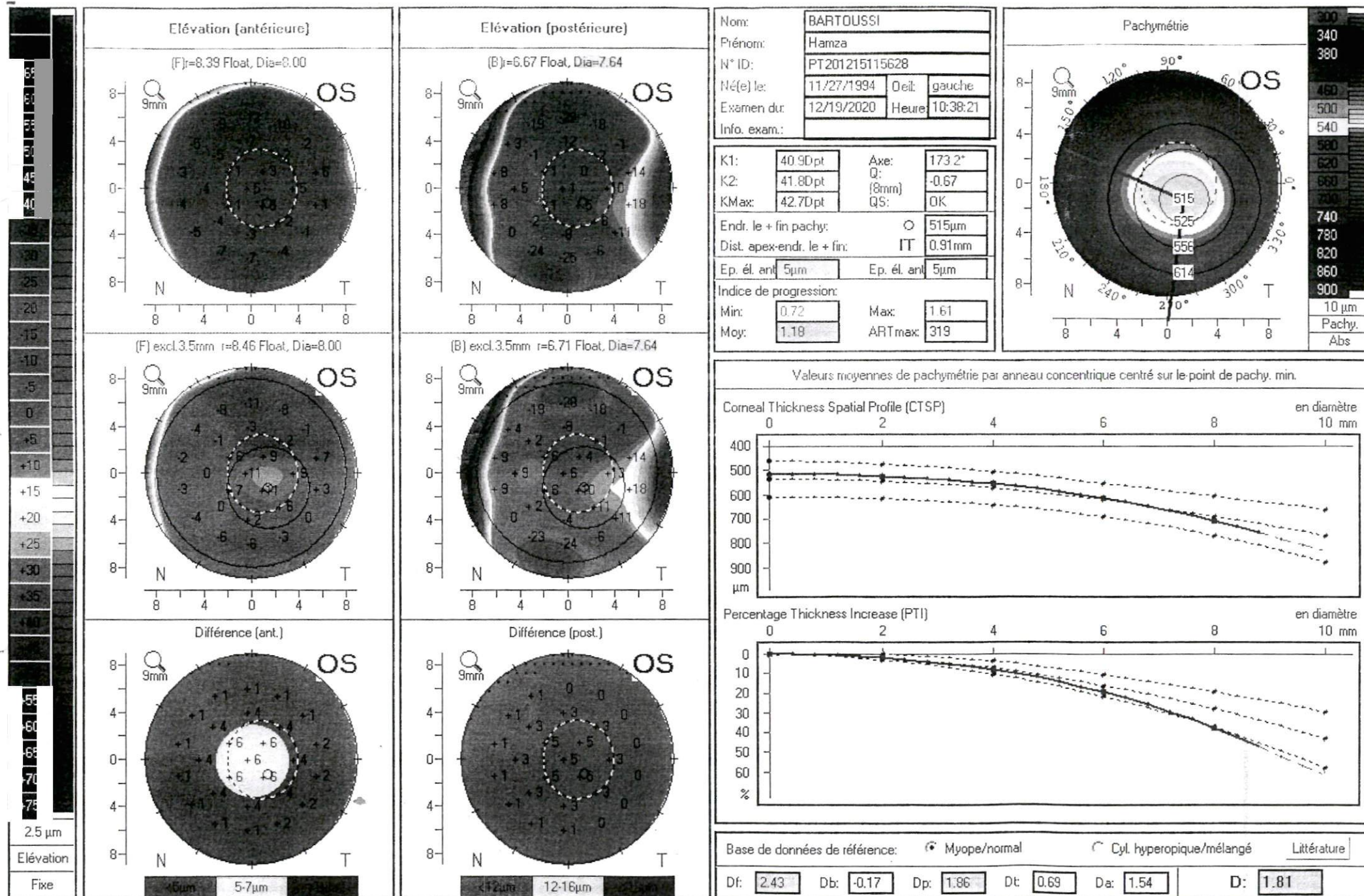
ISV: **46** IHA: **7.3**
 IVA: **0.39** IHD: **0.040**
 KI: **1.12** R_{min}: **7.48**
 CKI: **1.04** TKC: **KK 1-2**
 KISA: **9.233** IS: **2.34**



Asphéricité (ant.) des méridiens majeurs

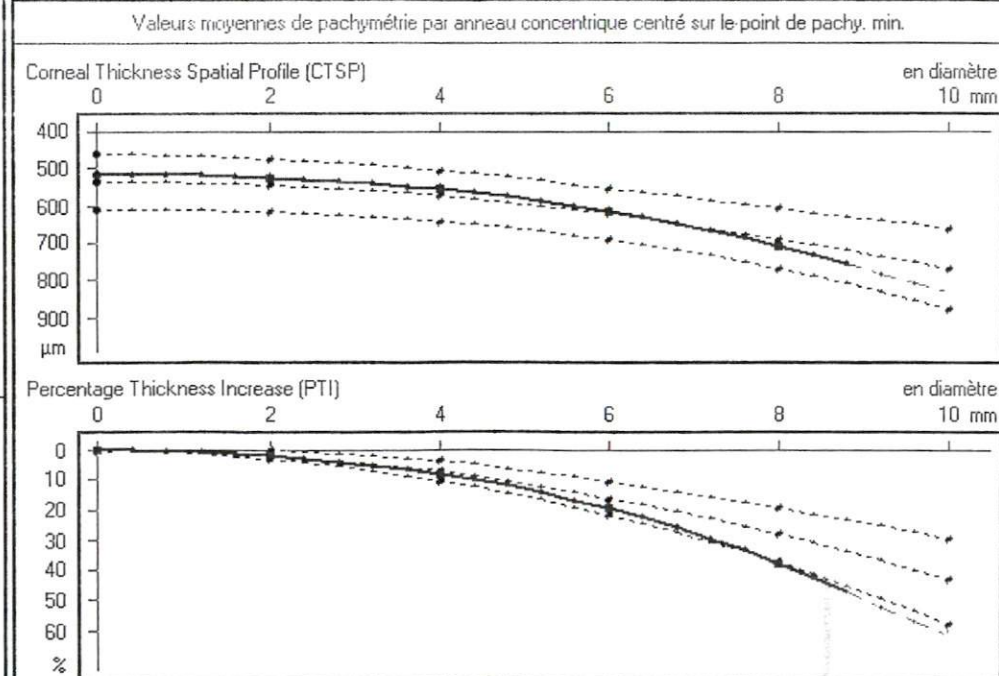
	Anneaux mm périphériques (Dia)				
(Q)	6mm	7mm	8mm	9mm	10mm
Nas	-1.37	-1.14	-0.94	-0.74	-0.64
Temp	-0.16	-0.18	-0.25	-0.34	-0.41
Inf	-1.28	-1.23	-1.21	-1.17	-1.17
Sup	-1.42	-1.19	-1.00	-0.86	-0.81
Moyen	-1.06	-0.94	-0.85	-0.78	-0.76





Nom: BARTOUSSI
Prénom: Hamza
N° ID: PT201215115628
Né(e) le: 11/27/1994 Oeil: gauche
Examen du: 12/19/2020 Heure: 10:38:21
Info. exam.:

K1: 40.9Dpt K2: 41.8Dpt KMax: 42.7Dpt
Axe: 173.2° Q: (8mm) QS: OK
Endr. le + fin pachy: 515 μ m
Dist. apex-endr. le + fin: IT 0.91mm
Ep. él. ant: 5 μ m Ep. él. ant: 5 μ m
Indice de progression:
Min: 0.72 Max: 1.61
Moy: 1.18 ARTmax: 319



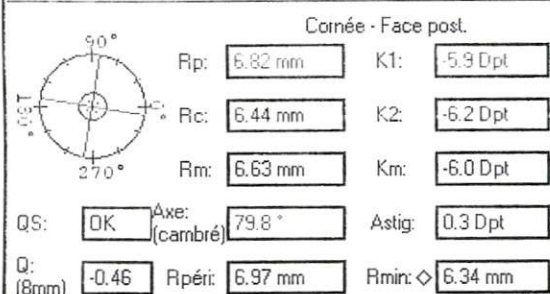
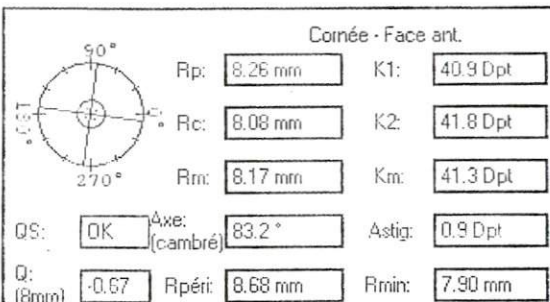
Base de données de référence: ☒ Myope/normal ☐ Cyl. hyperopique/mélangé ☐ Littérature

Df: 2.43 Db: -0.17 Dp: 1.86 Dt: 0.69 Da: 1.54 D: 1.81

OCULUS - PENTACAM 4 cartes réfractives

1.21r59

Nom: **BARTOUSSI**
 Prénom: **Hamza**
 N° ID: **PT201215115628**
 Né(e) le: **11/27/1994** Oeil: **gauche**
 Examen du: **12/19/2020** Heure: **10:38:21**
 Info. exam.:



Centre pup.	+	518 µm	+0.46	-0.02
Pachy. apex	-	520 µm	0.00	0.00
Pachy. min.	○	515 µm	+0.68	-0.61
K Max. (antérieur):		42.7 Dpt	+0.07	+0.34

Volume cornéen	59.1 mm³	Ø cornée:	12.2 mm
Volume C.A.	175 mm³	Angle I.C.	42.9°
Prof. C.A. (Endo.)	3.04 mm	Dia. pup.:	3.15 mm
Val. PIO	PIO (Add.):	+1.2 mmHg	Ep. cristal.

Carte réfractive

